UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1932 — n° 12

L'Avenir Obstétrical des femmes ayant subi la césarienne supra-symphysaire

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 mai 1932

PAR

Albert ALBOU

Né le 27 février 1904 à Saint-Eugène
(Département d'Alger)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

MEMBRES DU JURY :

MM. LAFFONT, *Professeur de clinique obstetricale et puériculture du 1er âge* ..... PRÉSIDENT

CABANES, *Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire* ..... } JUGES

HOUEL, *Agrégé* (obstetrique) ..... }

FERRARI, *Agrégé* (chirurgie) ..... }

— ALGER —
IMPRIMERIE SOLAL
1932

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1932 — n° 12

L'Avenir Obstétrical des femmes ayant subi la césarienne supra-symphysaire

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 mai 1932

PAR

Albert ALBOU

Né le 27 février 1904 à Saint-Eugène
(Département d'Alger)

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

MEMBRES DU JURY :

MM. LAFFONT, *Professeur de clinique obstetricale et puériculture du 1er âge*..... PRÉSIDENT
CABANES, *Professeur d'anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire*..... JUGES
HOUEL, *Agrégé* (obstetrique)..... JUGES
FERRARI, *Agrégé* (chirurgie)..... JUGES

— ALGER —
IMPRIMERIE SOLAL
1932

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. LEBLANC (✻, ✻, I. ✻).
DOYEN HONORAIRE	HERAIL (✻, I. ✻).
ASSESSEUR	GILLOT (I. ✻).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	MM. GANGE (✻, I ✻).
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ✻).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✻, ✻, I ✻).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (✻, ✻, I ✻).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge	LAFFONT (✻, ✻, I. ✻).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (✻, ✻, I ✻)
Clinique médicale	AUBRY (✻, ✻, I ✻)
Histologie et Embryologie	WEBER (✻, ✻, I. ✻)
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✻)
Chimie biologique et médicale	MAILLARD (✻, I. ✻)
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O. ✻, I. ✻, O. ✻)
Physiologie	TOURNADE (O. ✻, ✻, I ✻)
Pharmacie	MUSSO (I. ✻)
Médecine légale	GIRAUD (✻, ✻ I. ✻)
Anatomie	LEBLANC (✻, ✻, I. ✻)
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (✻, I. ✻).
Physique médicale	PORTES (✻ ✻, I ✻).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire	CABANES (✻, ✻, I ✻)
Parasitologie et zoologie médicale.	SENEVET (✻, A. ✻).
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ✻).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. ✻).
Pathologie générale et pathologie médicale	POROT (A. ✻)
Thérapeutique	LEBON (✻, ✻, A. ✻).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (✻). agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD ✻ I ✻). HERAIL (✻, I. ✻)

CHARGES DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM. FUSTER (. ✻. I ✻)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..	H. ABOULKER (✻, ✻).

AGREGES

Chirurgie	MM. DUBOUCHER (I ✻). FERRARI (I. ✻). MOGGI (✻)
Médecine	N...
Physiologie	HERMANN (✻. ✻. A. ✻).
Anatomie	RIBET (✻. A. ✻).
Chimie médicale	N...
Obstétrique	HOUEL (✻ ✻. A. ✻).
Histoire naturelle pharmaceutique	N...

AGREGE LIBRE

M. BATTEZ.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

JE DEDIE CETTE THESE :

A la mémoire vénérée de ma Mère et de mon Père

Ravis coup sur coup à ma piété filiale, et dont le souvenir de haute morale et de profonde bonté m'a soutenu et aidé chaque jour.

Je pleure aujourd'hui de ne pouvoir remettre entre vos mains cet humble témoignage d'affection, à vous qui m'avez appris à aimer le travail.

A la mémoire de ma Sœur Denise

A ma Sœur Gisèle

Ma grande amie, bonne et courageuse. L'exemple de sa vie me suffirait si je pouvais l'atteindre.

A mon Frère Robert

En témoignage de l'étroite affection qui nous unit.

A ma Sœur Germaine

L'amie de tous les instants ; en témoignage d'affection.

A mes Oncles et Tantes

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAFFONT

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Obstétricale et de Puériculture

du premier âge

L'instigateur de ce travail, qui a bien voulu m'honorer de son intérêt et m'accorder sa bienveillante attention.

Témoignage de profond respect.

A mes Maitres et Juges

Monsieur le Docteur Cabanes

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Médecine opératoire

Monsieur le Docteur Houel

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur agrégé de Clinique Obstétricale

Monsieur le Docteur Ferrari

Professeur agrégé de Chirurgie

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur E. Leblanc

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur d'Anatomie

Doyen de la Faculté de Médecine

En reconnaissance de sa bienveillance, de son affabilité, qu'il a bien voulu me témoigner au cours de mes études.

Je le prie de vouloir bien trouver ici le témoignage de mon profond dévouement.

A tous mes Maitres

de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur Azoulay

A Monsieur le Docteur Vergoz

A Monsieur le Docteur Jahier

A Monsieur le Docteur Sudaka

A Monsieur le Docteur Faugère

A Monsieur le Docteur Schebat

A Monsieur le Docteur Colonieu

A Monsieur le Docteur Fulconis

A Monsieur le Docteur Bénichou

A Monsieur le Docteur Assan

En souvenir de leur bienveillante sympathie.

A mes Amis

Monsieur le Lieutenant L. Herbaut

Monsieur le Docteur Marcel Jais

Monsieur Jean Leblanc

Contrôleur Civil

Monsieur Raoul Lévy-Valensi

Juge suppléant

Monsieur J.-P. Coriat

Avocat

Sentiments d'affectueux attachement.

INTRODUCTION

Ce travail est une contribution à l'étude de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne sur le segment inférieur.

Bien que notre étude ne soit basée que sur un nombre insuffisant d'observations, nous nous sommes efforcé de chercher dans la littérature tout ce qui pouvait avoir trait à la césarienne basse ; nous nous sommes inspiré d'un certain nombre de mémoires et d'observations publiés sur ce sujet. Si bien que notre thèse est moins un travail local qu'une revue générale de la question.

Notre travail comprendra quatre parties :

Dans la première partie nous étudierons l'avenir immédiat des césarisées ; nous parlerons des accidents de l'opération et surtout des hémorragies dans la césarienne basse ; puis nous étudierons les accidents post-opératoires, la mortalité envisagée dans les cas purs et impurs.

La deuxième partie est consacrée à l'avenir éloigné des césarisées et nous parlerons surtout de la cicatrice sur le segment inférieur.

La troisième partie est une étude clinique.

Dans la dernière partie nous déduirons des conclusions thérapeutiques et nous insisterons sur la nécessité de l'épreuve du travail.

Que notre maître M. le Professeur Laffont, trouve ici l'hommage de notre profonde gratitude ainsi que

notre reconnaissance pour l'aide qu'il a bien voulu nous apporter dans l'élaboration de notre thèse en nous guidant de ses conseils.

Nous n'oublierons pas l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé dans son Service, où son enseignement brillant nous a séduit et attaché à l'étude.

Qu'il veuille bien accepter nos remerciements et croire à notre respectueux attachement.

PREMIERE PARTIE

Avenir immédiat des Césarisées par voie basse

LES HEMORRAGIES DANS LA CESARIENNE BASSE

Le plus important des accidents de l'opération sur le segment inférieur intéressant l'avenir immédiat des césarisées, c'est — et tous les auteurs sont d'accord — l'hémorragie, qui est beaucoup plus difficile à juguler dans la césarienne basse que dans la césarienne classique. Dans cette dernière, l'utérus peut être extériorisé par la large brèche abdominale, il peut être massé, comprimé à deux mains. Dans la césarienne basse, au contraire, l'opérateur est gêné par l'exiguité de l'incision, et du fait qu'il travaille au fond d'un puits. Là l'extériorisation n'est pas possible et dans le cas d'hémorragie, où le sang recouvre le champ opératoire, l'isolement sera grandement facilité par l'emploi de l'aspirateur électrique récemment préconisé par Andérodias. Dans un autre cas, la suture rapide de l'utérus donnera également d'excellents résultats.

Brouha emploie une technique spéciale afin d'éviter l'hémorragie. Il introduit chaque fois par une petite brèche faite sur le segment inférieur le forceps de Pajot qui exerce une compression sur les artères utérines et inhibe de ce fait l'hémorragie.

Les observations d'hémorragie au cours de la césarienne basse publiées par les auteurs ne sont pas rares dans la littérature. On la trouve signalée par Garipuy, Dujol, Cathala, Le Lorier, Grosse et Leroux, Paucot, Contantinesco, Andérodias, Balard, Julien, Laffont et Houel.

Ces hémorragies s'expliquent aisément ainsi que leur fréquence quand on compare le segment inférieur beaucoup moins musclé, donc moins rétractile, au corps utérin : masse puissamment contractile et assurant l'hémostase grâce à la couche de ligatures vivantes de Pinard.

P. Burger, de Strasbourg, s'est particulièrement intéressé aux hémorragies de la section césarienne basse. Il les classe par ordre de gravité et de fréquence en cinq principaux groupes :

1° Les hémorragies atoniques de la zone placentaire, quelle qu'ait été l'insertion du placenta ;

2° Les hémorragies de la tranche utérine ;

3° Les hémorragies d'un réseau vasculaire rétro-vésical ;

4° Les hémorragies des plexus utérins latéraux particulièrement développés ;

5° Les hémorragies accidentelles par suite de déchirure de la tranche utérine.

Nous ne dirons que quelques mots des deux premiers groupes qui résument à peu près les accidents hémorragiques au cours de l'intervention sur le segment inférieur.

Ces hémorragies atoniques ont leur fréquence accrue du fait que la césarienne basse permet, comme nous le verrons plus loin, de pousser à la limite l'épreuve du travail, mais en même temps fatigue le muscle utérin. En effet, au cours de cette épreuve, le muscle utérin travaille contre un obstacle, s'irrite et se fatigue, pour se relâcher après l'évacuation brusque de son contenu.

C'est au cours de ces hémorragies atoniques que l'on rencontre les cas mortels. Guéniot nous cite le cas d'une de ses opérées : « La seule opérée de césarienne « basse que j'ai perdue a succombé à une formidable « hémorragie par inertie utérine absolue survenue aus- « sitôt après l'extraction du délivre ; l'opération rapi- « dement terminée, la patiente mourut immédiatement « après, sans que j'aie eu le temps de pratiquer la trans- « fusion du sang ; son travail durait depuis 32 heures. »

C'est également d'hémorragie par inertie utérine que moururent une opérée d'Ecalle (statistique du Service Le Lorier) et une de Balard.

Les hémorragies de la tranche utérine sont beaucoup plus gênantes que graves, car en inondant le champ opératoire elles ont pû exposer l'opérateur à blesser un organe, particulièrement la vessie.

Et cependant, la gravité de l'hémorragie ne se pose presque plus en principe dans la césarienne basse.

Ces hémorragies s'observent plus particulièrement lorsque l'on pratique l'anesthésie par inhalation de chloroforme ou d'éther. Depuis qu'on pratique la rachi-anesthésie étudiée par Brindeau, l'hémorragie est supprimée. L'intervention se fait à peu près à blanc.

Dans les observations relatées nous verrons que les hémorragies au cours de la rachi-anesthésie sont très rares, et que, si nous l'observons, c'est que la rachi-anesthésie n'ayant pas donné, il a fallu compléter l'anesthésie par des inhalations d'éther ou de chloroforme.

Maints opérateurs, Andérodias, Balard, Grosse, se sont ralliés à ce procédé d'anesthésie en raison de cet avantage.

A la Maternité d'Alger on n'emploie plus que ce mode d'anesthésie dont on n'a qu'à se louer.

Andérodias déclare qu'il eut une hémorragie après l'incision du segment inférieur 4 fois sur 7 cas lorsqu'il employait l'anesthésie par chloroforme ou l'éther. Depuis qu'il a substitué à l'anesthésie générale la rachi-anesthésie, il n'a observé d'hémorragie qu'une fois sur 25 cas.

Comment pourrait-on diminuer la fréquence de ces hémorragies ? Les injections d'hypophyse et la rachi-anesthésie entretiennent l'état de contraction utérine, et, de ce fait, diminuent la lumière des vaisseaux utérins et arrêtent l'hémorragie.

Ces hémorragies surviennent plus souvent, comme

nous l'avons observé à la Maternité d'Alger, lorsque l'on pratique la délivrance immédiatement après l'extraction du fœtus, donc sur un utérus mou. Il faut pratiquer cette dernière lorsque le muscle utérin est entré en contraction, c'est-à-dire une minute ou deux au moins après l'extraction du fœtus.

Notre maître, le Professeur LAFFONT, a adopté le procédé de DANIELS pour les anesthésies rachidiennes. Ce procédé semble, en effet, donner d'excellents résultats pour nos malades, et les accidents de la 20e minute sont relativement rares.

Technique employée. — On pratique une ponction du rachis et on aspire 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien avec une seringue; on injecte ensuite dans le liquide céphalo-rachidien 10 centigrammes de scurocaïne dont on pratique la solution extemporanée avec du liquide céphalo-rachidien. Puis, les 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien retirés sont injectés dans la circulation générale au niveau de la veine du pli du coude.

Mais il y a des inconvénients inhérents à l'anesthésie rachidienne. C'est d'abord la difficulté, qui n'est pas insurmontable, de réussir la ponction lombaire dans le cas de dystocie osseuse d'origine rachitique, où la colonne lombaire peut présenter des déformations telles, qu'après plusieurs tentatives on n'ait pu réussir à faire la ponction. Il est vrai qu'avec la technique de JONNESCO ces difficultés peuvent être tournées en faisant une anesthésie dorsale. Bien que, comme l'a dit BRINDEAU : « La rachi-anesthésie dans la césarienne basse est véritablement un gros progrès », tant pour l'hémostase qu'elle produit que pour le « silence abdominal » cher aux accoucheurs qu'elle procure et, malgré l'enthousiasme fervent que cette technique a soulevé en Roumanie, il n'en est pas moins vrai qu'il y a une série de petits accidents souvent passagers, jamais très graves,

tels que des vomissements, moins pénibles et moins gênants qu'après narcose à l'éther ou au chloroforme; des céphalées qui cèdent facilement après une injection intra-veineuse d'eau distillée (40 centimètres cubes [Leriche]) ; des rétentions d'urine qui ne dépassent pas 24 à 36 heures. Parmi des accidents plus graves que nous avons observés dans le Service de notre maître, le Professeur Laffont, citons les phénomènes de méningisme: une malade présenta dans les suites de couches une méningite séreuse avec signe de Kernig, raideur de la nuque, et surtout du strabisme convergent et du nystagmus. Ces phénomènes cédèrent à l'injection intra-veineuse d'eau distillée et, malgré les craintes émises à son sujet, tout rentra dans l'ordre et la malade sortit du Service complètement guérie. Peut-être arriverons-nous, grâce à des techniques nouvelles ou au perfectionnement des techniques actuelles, à éviter ces accidents, qui ne sont pas rares dans la rachi-anesthésie, qui a subi des fluctuations ces temps derniers.

Notamment la technique de la rachi-anesthésie mérite d'être étudiée dans le placenta prævia où la malade est déjà en état d'hypotension par suite des spoliations de sang plus ou moins répétées qu'elle a subies. L'anesthésique que l'on injecte dans le canal rachidien est un hypotenseur. C'est pour cette raison que l'on hésite à pratiquer la rachi-anesthésie dans les cas de placenta prævia.

Bien que Sinicha Tassovatz, dans son travail intitulé: « La rachi-anesthésie dans la césarienne basse » (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1929), écrive : « Chaque fois que l'état général de la malade « l'a permis, nous avons eu recours à la rachi-anesthésie « et n'avons eu qu'à nous en louer : outre le fait qu'elle « rend l'intervention techniquement plus facile, elle « contribue pour une large part à l'hémostase, ce qui « est particulièrement précieux dans cette affection où « nous redoutons toute spoliation sanguine ». Notre

maître, le Professeur LAFFONT, n'emploie la rachi-anesthésie dans le placenta prævia qu'avec prudence et éclectisme, essayant de lutter surtout contre l'hypotension en donnant à la malade un vaso-constricteur (à l'heure actuelle l'action de l'éphédrine est à l'étude) et en surveillant sa tension au cours de l'intervention. Il semble que le secret d'une bonne anesthésie rachidienne soit dans la lutte qu'il faut opposer à l'hypotension. L'avenir nous dira ce qu'il faut penser de la suggestion de notre maître.

LE SHOCK

Parmi les accidents post-opératoires, le shock, c'est-à-dire cet état général grave qui suit toute intervention sérieuse et traumatisante, mérite une mention particulière.

L'opération césarienne classique favorise en quelque sorte l'apparition du shock chez les opérées par l'extériorisation de l'utérus qui expose largement le péritoine et l'intestin, et par les tiraillements sur les pédicules utérins et utéro-ovariens.

Guéniot, dans un article du *Bulletin Médical* de 1930, avait signalé cette absence de shock, cet état d'euphorie après l'opération césarienne basse ; il l'avait signalée d'ailleurs après l'hystérotomie classique sans extériorisation.

Rien n'est plus réconfortant pour la malade et le médecin que de voir après une intervention sérieuse, comme l'est la césarienne basse, ce calme et cette tranquillité dans les jours qui suivent et dès le lendemain de l'opération, et cela même dans les cas où l'opérée présente un peu d'élévation thermique. On n'observe guère chez ces opérées ce malaise, cette fréquence marquée du pouls, ce ballonnement du ventre si fréquents dans les premiers jours qui suivent une opération césarienne haute.

PERITONITE

L'avenir des césarisées par la supra-symphysaire est garanti contre les risques de contamination de la cavité péritonéale. Cependant, cela paraît paradoxal, car l'opération césarienne basse est pratiquée très souvent dans les cas impurs où la rupture des membranes est réalisée depuis longtemps, où le travail a été poussé très loin ; en un mot, où le contenu utérin n'est plus aseptique.

Il ne faudrait pas croire que cet accident est inconnu au cours de la césarienne basse : une opérée de Fleurent mourut d'une péritonite purulente dont le point de départ était la plaie opératoire utérine. Il s'était formé une collection de pus et une déhiscence complète des lèvres de la plaie ; le lambeau avait été soulevé par le pus et de là l'infection péritonéale avait envahi tout le petit bassin.

Hamm, rouvrant le sixième jour le ventre d'une de ses opérées qui présentait du ballonnement lui faisant redouter un ileus paralytique, ne trouva pas de péritonite mais une anse du grêle accolée à la suture péritonéale du segment inférieur sous laquelle jaillit un pus nauséabond. Malgré l'hystérectomie avec large drainage à la Mickulicz, la malade succomba.

Portes et Risacher ont trouvé, après réouverture du ventre, des anses distendues, rouges, sans fausses membranes, liquide bouillon sale. L'utérus, à première vue, paraît sain, et le surjet de fixation vésical est normal ; mais en écartant doucement le péritoine on perçoit une odeur fétide ; on décolle la vessie sans difficulté et on constate que la totalité de la suture utérine est désunie.

D'autres faits ne manquent pas. Pourquoi la péritonite est-elle moins fréquente dans la césarienne basse que dans la césarienne corporéale ?

La césarienne basse permet seule de constituer une barrière anatomique de protection contre les germes virulents venant du tractus génital, barrière formée d'abord par deux plans musculaires comme dans la césarienne classique. Puis cette première fermeture est renforcée par une double barrière péritonéale de la zone décollable préalablement libérée. Les lambeaux se recouvrent l'un l'autre, en revers de veste, très largement dans le sens transversal perpendiculaire à celui de l'incision utérine, car ce qui séduit dans la section basse, c'est que l'on peut appliquer à l'obstétrique un des grands principes de la chirurgie générale, c'est-à-dire péritonisation avec enfouissement de la plaie opératoire.

La protection du péritoine est en outre facilitée par la situation basse de l'incision sur le segment inférieur de l'utérus à l'endroit où l'utérus une fois vide se plisse, se rétracte, se plie. L'incision tend donc à diminuer de longueur, à s'enfouir en profondeur, à disparaître complètement sous la vessie, à s'enfoncer dans la cavité pelvienne. Toutes ces raisons concourent à ce que l'incision de la césarienne basse s'éloigne de la grande cavité. De plus, dans la césarienne basse, on opère sur une région muette de l'utérus, où les contractions sont presque inexistantes ; il ne se produit après l'opération aucun tiraillement sur les points de suture; celle-ci reste donc parfaitement étanche.

Dans la césarienne basse, la position déclive de la plaie en facilite le drainage. De plus, cette situation basse permet dans les cas très suspects de placer une sonde de Mickulicz, ainsi que l'a relaté Chatillon, dans

une observation parue dans la *Revue de Gynécologie et d'Obstétrique* (mars 1930).

Dans les cas où l'infection plus grave tend à déborder la muqueuse utérine, elle aura chance de se limiter au tissu cellulaire sous-péritonéal, ou tout au plus d'atteindre le péritoine pelvien, plus robuste et plus apte à se défendre que celui de la grande cavité péritonéale.

DE L'INFECTION APRES LA CESARIENNE BASSE

Nous avons divisé cette étude en deux parties: dans la première partie nous traiterons de l'infection utérine proprement dite (rétention de caillots, lochiométrie) ; dans la seconde partie nous parlerons de l'infection para-utérine en nous étendant surtout sur les phlébites des membres et sur une de leurs complications graves : l'embolie pulmonaire.

1° *L'infection utérine.*

L'infection utérine est un accident assez rarement observé, bien que l'on ait opéré le plus souvent des femmes qui sont infectées, qui ont été souvent l'objet de touchers répétés, parfois d'applications de forceps, de poses de ballons de Champetier de Ribes, qui sont en travail depuis longtemps et dont la poche des eaux est rompue depuis des heures.

Rétention de caillots, lochiométrie, et la septicémie qui leur fait souvent suite, reculent devant cette nouvelle et avantageuse technique.

En ce qui concerne les accidents de lochiométrie, ceux-ci résultent le plus souvent d'une coudure exagérée de l'utérus survenant dans le post-partum. Dans ce cas, la coudure se produisant au niveau de l'isthme en aval de l'incision de l'hystérotomie haute, non seulement les liquides retenus dans la cavité utérine deviennent plus virulents, mais encore ils sont en quelque sorte sous pression, et, par suite des contractions utérines, auront une plus grande tendance à diffuser au travers de la suture et à infecter le péritoine.

Tout au contraire, dans la césarienne basse, s'il se produit de la rétention, les liquides restent dans la cavité utérine tandis que le segment inférieur se draine

normalement, et la suture siégeant au niveau de celui-ci subit au minimum les risques d'infection.

Brouha, de Liège, a observé quelques cas d'infection utérine. Il en rapporte 15 cas sur 125 césariennes basses, soit une proportion de 12 %. Sur ces 15 cas, 8 correspondaient à une suppuration pariétale — l'abcès de la paroi abdominale est un accident très fréquent après une césarienne basse — et 7 sans suppuration pariétale avec 2 décès.

2° *Infection para-utérine.*

A l'inverse de ce que l'on pourrait croire, la phlegmatia alba dolens est une complication qui ne semble pas s'observer plus souvent dans la césarienne basse que dans la césarienne corporéale, bien que la première soit pratiquée plus souvent dans les cas impurs, voire infectés.

C'est que, remarque faite en passant, c'est moins l'infection à point de départ utérin que l'hémorragie après placenta prævia qui est en cause dans la phlegmatia alba dolens.

Il faut donc éviter l'infection veineuse des espaces celluleux du petit bassin; aussi convient-il de ne pratiquer que le décollement vésico-utérin strictement nécessaire, et de capitonner soigneusement dans la profondeur au moment de la suture, afin d'éviter dans les espaces morts le suintement sanguin, amorce de la thrombose. Nous pensons qu'une façon d'éviter un décollement vésico-utérin trop large, c'est de pratiquer l'incision transversale sur le segment inférieur, en honneur en Amérique et décrit par Phaneuf : cette section limite le décollement vésical vers le bas et permet de la sorte d'éviter les dilacérations étendues du tissu cellulaire utéro-vésical.

Bien que Jeannin, en 1925, ait signalé cette compli-

cation comme assez fréquente, l'étude de statistiques montre que la phlegmatia alba dolens s'observe dans 3 ou 4 % des cas environ.

Brouha l'a signalé 12 fois sur 330 cas.

Balard l'a signalé 2 fois sur 69 cas.

Andérodias l'a signalé 2 fois sur 32 cas.

Grosse (1re et 2e statistique) l'a signalé 2 fois sur 43 cas.

Une complication, le plus souvent mortelle, de ces thromboses vasculaires, c'est l'embolie pulmonaire.

Bien que l'on considère comme rare cette complication en France, où quelques cas seulement peuvent être relevés dans la littérature, Phaneuf trouve celle-ci très fréquente. Voici comment il s'exprime : « Ma propre « expérience m'a enseigné que l'embolie pulmonaire « est une complication fréquente de l'opération césa- « rienne — peu importe le procédé employé — qui doit « être prise en considération quand on décide de faire « cette opération ».

Une statistique de cet auteur portant sur 418 cas montre que la plus forte mortalité maternelle est due à l'embolie pulmonaire 5 fois en cause donnant un taux de 1,19 %.

MORTALITE DANS LA CESARIENNE BASSE

Pour établir la mortalité d'une façon aussi précise que possible, la tâche est pénible et ingrate ; les résultats ne sont pas toujours précis et les statistiques ne sont pas toujours expurgées.

L'hystérotomie segmentaire est trop récente encore pour que l'on puisse émettre un jugement définitif. cependant on peut voir que l'avenir est brillant et s'annonce plein de promesses pour cette opération et pour les opérées.

C'est ce que nous allons essayer de prouver avec, à l'appui, des statistiques d'opérateurs français, publiées depuis 10 ans.

Une statistique très intéressante empruntée à Paul Guéniot dans son travail : « La césarienne transpéritonéale basse supra-symphysaire », publié dans le *Bulletin Médical* n° 21 (1930), va nous donner une note de précision des plus intéressantes.

« Pour avoir, nous dit l'auteur, un pourcentage se « rapprochant aussi exactement que possible de la « vérité, j'ai laissé de côté les observations isolées (les « succès étant plus souvent publiés que les insuccès) « à moins que l'auteur précise n'avoir jamais pratiqué « d'autres fois cette opération au moment de sa publi- « cation, et je n'ai fait entrer en ligne de compte que « des séries opératoires plus ou moins importantes « — même réduites à un cas quand l'auteur spécifie ne « l'avoir pratiqué qu'une fois — qui représentent l'en- « semble de la pratique d'un opérateur ou d'un Service « soit d'une façon intégrale, soit pendant un assez long « laps de temps ».

STATISTIQUE

	Nombre d'opérations	Nombre de décès
	—	—
Andérodias	32	0
Balard	25	2
Brindeau (1re série)	21	4
— (2e série)	88	1
Clinique Baudelocque (Couvelaire et Assistants) et Maternité de Port-Royal (Rudaux et Assistants). — Statistique d'ensemble publiée par Risacher	157	5
Clinique Obstétricale d'Alger (Laffont et Assistants)	10	0
Clinique Obstétricale et Gynécologique de Strasbourg (Schickèle)	126	9
Fleurent (Colmar)	10	1
Garipuy (Toulouse),	1	0
Fruhinsholz (Nancy)	5	1
Grimault (Algrange)	3	0
Grosse et Leroux (Nantes)	12	1
Grosse (2e série)	31	1
Paul Guéniot (Paris)	17	1
Hamm (Strasbourg)	18	1
Julien (Amiens)	61	1
Maternité de l'hôp. Boucicaut (Le Lorier)	25	1
— — Lariboisière (Devraigne)	23	0
— — de la Pitié (Jeannin)	12	0
Paucot (Lille)	6	1
Rees (Strasbourg)	10	1
Trillat (Lyon)	1	0
Total	694	31
		4,46 %

soit une mortalité en France non expurgée de 4,46 % ; pourcentage pas très élevé, si l'on songe que tous les cas n'étaient pas purs ; un grand nombre même de

ceux-ci étaient suspects ou impurs, parfois franchement infectés, nous dit l'auteur.

Cette mortalité de la césarienne basse comparée avec celle de la césarienne classique est nettement inférieure quoique dans les statistiques de la césarienne classique les cas purs constituent la grande majorité, les auteurs préférant l'hystérectomie dans les cas infectés.

Risacher, dans sa thèse, a établi la mortalité globale de la césarienne basse et de la césarienne classique en la comparant pour la Maternité de Port-Royal et pour la clinique de Baudelocque de 1919 à 1927 :

	Nombre d'opérations	Décès	Pourcentage
	—	—	—
Césarienne Haute	393	20	5,08
Césarienne Basse	157	5	3,1

Si l'on compare la mortalité par infection suivant qu'il s'agit de cas purs ou impurs :

	Nombre d'opérations	Décès	Pourcentage
Cas purs :	—	—	—
Césarienne Haute	393	13	3,2
Césarienne Basse	175	0	0
Cas impurs :			
Césarienne Haute	393	23	5,9
Césarienne Basse	157	3	2,1

Ces chiffrent montrent une mortalité moindre en faveur de la césarienne basse.

Deux auteurs qui se sont particulièrement occupés de l'avenir obstétrical des césarisées par voie basse, le Professeur Andérodias et Balard, tous les deux de Bordeaux, nous fournissent des statistiques publiées dans la *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales* (avril 1928 - décembre 1930). Celles-ci nous ont permis de déterminer un pourcentage qui concorde avec les taux de mortalité précités.

Andérodias n'a observé aucun cas de mort sur 34 interventions.

P. Balard, sur une série de 44 malades opérées par césarienne supra-symphysaire, n'a eu à déplorer que 3 morts, soit un taux de 6,81 % de mortalité; et encore il faut considérer que sur ces 3 décès l'un était dû à l'éclampsie, c'est-à-dire que l'opération n'était pour rien dans l'exitus. Soit alors une mortalité réelle de 4.52 % sur des malades en série continue dont plusieurs ont été opérées *en pleine infection amniotique.*

A la Clinique obstétricale d'Alger, sur 25 césariennes supra-symphysaires, nous n'avons eu qu'un cas de mort par péritonite, soit une mortalité de 4 % chez des femmes très suspectes et après une durée de travail dépassant 20 heures en moyenne.

DEUXIEME PARTIE

Avenir éloigné des Césarisées

LA PAROI ABDOMINALE

Les lésions de la paroi abdominale sont pratiquement inexistantes. Le plus souvent la réfection pariétale est parfaite. Il est rare que l'on note soit un amincissement de la cicatrice, soit une éventration, comme cela se voit à la suite de la césarienne portant sur le corps utérin. En effet, MORISSON-LACOMBE, dans sa thèse, explique ces éventrations par la nécessité où l'on se trouve de faire une incision relativement longue, 20 à 25 centimètres, pour pouvoir extérioriser l'utérus. La longueur de l'incision abdominale doit être proportionnée au volume de la partie de l'utérus utile à extérioriser.

Au contraire, dans la césarienne basse, la rareté des éventrations doit être recherchée dans le fait que l'incision de la paroi abdominale, limitée à la région sous-ombilicale, « porte, disent GROSSE et LEROUX, sur une « portion de la paroi où les muscles grands droits sont « épais et rapprochés, les aponévroses résistantes, d'où « de bien meilleures conditions pour obtenir une cica- « trice solide, mettant à l'abri de l'éventration, que « dans l'hystérotomie haute avec extériorisation, où « l'incision est plus longue, en grande partie sus-ombi- « licale, et porte sur une portion de l'abdomen où la « paroi est mince et peu musclée ».

BROUHA, de Liège, n'a observé cette hernie de la paroi que trois fois sur 332 opérations. Une fois seulement elle était importante et contenait épiploon et vessie. La cure radicale en a été faite lors d'une seconde césarienne.

L'éventration est plus fréquente dans la césarienne classique, car la suture réunit des tissus déjà amincis et distendus, tandis que, dans la césarienne basse, cet amincissement et cette distension sont beaucoup moins marqués, et, de ce fait, les tissus lâchent beaucoup

moins facilement. De plus, dans la césarienne basse, l'éventration est moins fréquente du fait que la poussée des viscères abdominaux et particulièrement de la masse des anses intestinales, se fait moins sentir, tandis que dans la césarienne haute, cette poussée étant très puissante, le diastasis des muscles abdominaux s'accentue et la hernie abdominale se produit.

DES ADHERENCES

L'absence d'adhérences lors d'une césarienne classique et itérée est l'exception. Sur 62 de ces opérations répétées, je ne compte que 4 femmes sans aucune adhérence. Ainsi s'exprime B.-J. Kouwer, d'Utrecht.

Ces adhérences, à la suite de l'opération classique, sont parfois douloureuses et si gênantes qu'elles ont nécessité une laparotomie pour libérer l'utérus. De plus, à cause de sa situation abdominale, le corps utérin contracte quelquefois des adhérences avec les anses intestinales, adhérences très graves car elles peuvent devenir la cause d'occlusions intestinales.

Qu'il s'agisse de cas purs ou impurs, l'absence de toute adhérence, si mince soit-elle, est l'exception. Il faut voir leur genèse dans la péritonite localisée résultée des suintements de matières infectieuses de la cavité utérine.

Protéger la cavité abdominale en réduisant et même en évitant le suintement et par là diminuer les risques d'adhérences, voilà ce que nous apporte la césarienne basse puisque la ligne des sutures utérines est couverte d'un lambeau péritonéal.

Bien que dans la césarienne basse la plupart des cas opérés soient des cas impurs, donc favorables à la formation d'adhérences, il en est tout autrement ; les adhérences adviennent dans une proportion notablement réduite.

J.-B. de Lée, l'admirateur fervent de la césarienne

basse, bien que se vantant de l'absence des adhérences après la césarienne basse, les a rencontrées dans 40 % de ses 91 opérations itérées. C'est déjà un progrès marqué de la méthode basse sur l'opération haute, où on les rencontre après chaque intervention ; une diminution de 60 % est déjà un profit important.

Les douleurs abdominales, assez fréquentes après la césarienne corporéale, sont, dans la césarienne basse, très rares, parce que les adhérences intestinales et pariétales sont l'exception. Parfois a-t-on signalé quelques petits troubles vésicaux tels que dysurie, pollakyurie, mais le corps utérin libre d'adhérences peut se développer à l'aide dans l'abdomen : c'est là une raison pour laquelle les femmes vont généralement à terme après une césarienne basse.

Le point important, c'est que les adhérences utéro-intestinales sont exceptionnelles et pour ainsi dire ne se voient presque jamais; de plus, les adhérences, quand elles existent, ne sont pas gênantes au point de nuire à l'accomplissement d'une nouvelle césarienne basse. Nous n'avons trouvé qu'un cas dans lequel l'opérateur dut changer de tactique et faire une césarienne haute.

En ce qui nous concerne, sur 12 césariennes basses itératives effectuées à la Maternité d'Alger, 4 seulement mentionnent dans le protocole opératoire l'absence d'adhérences ; dans les 8 autres on note la présence d'adhérences. Les plus fréquemment observées sont celles que l'utérus contracte avec la paroi, l'épiploon et la vessie. Les adhérences intestinales font défaut.

FISTULES ABDOMINALES

Cette complication n'est pas rare dans les suites opératoires de la césarienne corporéale, surtout lorsqu'on employait la soie comme matériel de suture.

Les statistiques de Bar, Lepage, Brindeau, donnent une fréquence de 3 ou 4 fistules sur 100 césariennes.

Chez certaines femmes, il se produisit des fistules interminables qui guérirent parfois par une résection d'un coin de tissu utérin ou même par l'hystérectomie.

Ces fistules doivent être considérées comme absolument exceptionnelles dans la césarienne basse. Portes et Risacher en signalent un cas. Nous n'en avons jamais observé à la Maternité d'Alger.

FISTULES VESICO-PARIETALES

Cette variété de fistules, qu'on ne rencontrait jamais dans la césarienne corporéale, peut s'observer dans la césarienne basse, car dans cette opération il est nécessaire de séparer la vessie du segment inférieur. Les fistules apparaissent le lendemain de l'opération ou un pen plus tard à l'occasion d'une chute d'escarre. La vessie peut communiquer soit à l'extérieur (fistule vésico-cutanée) soit avec le vagin ou l'utérus (fistule vésico-vaginale ou vésico-utérine).

C'est une complication rare dont on parle peu dans les statistiques ; Brouha a observé une seule fois une fistule vésico-utérine.

Il semble que cette complication peut être évitée par la section transversale du segment inférieur.

LA CICATRICE SUR LE SEGMENT INFERIEUR

C'est dans la cicatrice de l'hystérotomie basse que résident toutes nos craintes comme tous nos espoirs ; n'est-ce pas de celle-ci, en effet, que dépend l'avenir éloigné des femmes antérieurement césarisées ? Le devenir et le comportement de cette cicatrice, lors des accouchements ultérieurs, sont le point d'interrogation devant lequel tous les accoucheurs se heurtent.

L'opération césarienne basse est encore une intervention trop récente pour qu'on puisse d'un trait de plume juger sans appel, dans un sens ou dans l'autre, une question qui reste encore en suspens. Les débats sont ouverts.

Néanmoins, le voile du rideau s'entr'ouvre de plus en plus, et l'avenir de ces femmes se montre très favorable.

A la suite d'une enquête faite dans la *Vie Médicale* (25 avril 1930. 2e année, t. VIII), sur les avantages de la césarienne basse sur la césarienne classique, plusieurs auteurs ont voulu donner leurs impressions basées sur leur pratique personnelle, sur l'état et la valeur de la cicatrice utérine après la césarienne basse.

Couvelaire, Delmas, Guéniot, Leroux, Péry et bien d'autres sont frappés de la parfaite cicatrisation utérine et parfois de la disparition complète de cette cicatrice, lors d'une césarienne itérative. Souvent on ne retrouve même plus la trâce des incisions et des sutures.

Le Professeur Péry s'exprime ainsi : « ... Reste simplement la rupture de la cicatrice d'hystérotomie « lors d'une grossesse ultérieure ou du travail qui la « termine. La fréquence de ce très grave accident est « évaluée dans la césarienne classique à environ 4 ou « 5 %. Au contraire, après la césarienne basse, c'est à « peine s'il en a été signalé quelques cas exceptionnels.

« La chose n'est pas faite pour surprendre ceux qui « sont appelés à pratiquer des césariennes basses ité- « ratives. Alors qu'après l'hystérotomie haute il est, en « général, très facile de repérer la cicatrice de la pre- « mière intervention sous forme d'une dépression ou au « contraire d'un soulèvement local, dû à la pression « excentrique de l'œuf ou de son contenu, il est fré- « quent de ne trouver sur le segment inférieur aucune « trace de la première incision... Dans tous les cas, cette « cicatrice est ordinairement difficile sinon impossible « à retrouver, ce qui montre bien sa faible importance « et explique sa parfaite tenue dans la presque unani- « mité des cas ».

Bien avant ceux-ci, d'autres auteurs, étrangers pour la plupart, avaient fait les mêmes constatations.

Hauch, revisant une cicatrice après une opération césarienne extra-péritonéale lors d'une seconde intervention par méthode transpéritonéale basse, a pu constater que la plaie utérine « était si parfaitement guérie qu'il ne lui était pas possible de constater la cicatrice ».

Gayfami, de la clinique Pestalozza, à Rome, a examiné un utérus ayant été extirpé après une seconde opération césarienne basse chez la même femme. Il n'a plus retrouvé, ni sur la face externe ni sur la face interne de l'organe, de traces macroscopiques de l'incision antérieure datant de deux années. L'examen microscopique lui permit de constater une « restitutio ad integrum » excellente. En outre, dans 11 cas, la cicatrice se montra fonctionnellement solide alors que dans plusieurs cas « l'action des forces naturelles avait été expérimentée longuement ».

En 1910, déjà Olow notait qu'il connaissait 30 cas, dans lesquels la cicatrice s'était montrée solide dans les grossesses subséquentes. Czyewicz, qui a collationné 29 cas dans la littérature, n'a relevé dans aucun une insuffisance de la cicatrice.

Dobroschke, qui a réuni les cas de la clinique Kustner a relevé 20 femmes opérées ayant fait dans la suite 29 grossesses. Vingt fois on a réopéré après une durée de travail ayant été de 6 heures 30 à 41 heures. Dans tous les cas la cicatrice cervicale fut résistante, et, dans les cas où on refit une césarienne basse, il fut constaté la solidité de la cicatrice, que la grossesse soit survenue tôt ou tard après la première intervention (intervalles de 11 à 33 mois et demie). Dans un cas de Lichtenstein, la cicatrice résista à un hydramnios.

A l'appui de tous ces faits nous ajouterons une observation due à l'obligeance de M. l'Agrégé Houel, d'Alger, qui renforce ces opinions. La voici brièvement résumée: c'est l'histoire d'une femme ayant subi une opération césarienne basse pour bassin rétréci. Celle-ci se présente à nouveau enceinte à la clinique. On a l'impression que la tête fœtale pourrait passer en l'aidant un peu. On pratique une incision sur la lèvre antérieure du col et on fait une prise de forceps. L'attente est anxieuse. La rupture utérine se produira-t-elle ? L'incision sur le col ne va-t-elle pas aller rejoindre l'ancienne section sur le segment inférieur. Tout se passe pour le mieux et l'ancienne cicatrice a tenu malgré le traumatisme apporté par l'incision du col et la prise de forceps.

Cette observation est une preuve de plus qui s'ajoute aux preuves anatomiques et histologiques sur la valeur de la cicatrice.

L'infection même n'est pas un critérium en faveur ou non de la solidité de la cicatrice. L'accouchement spontané s'est vu alors que la césarienne basse avait été suivie d'une infection sévère de la plaie opératoire utérine qui était bien de nature à inspirer de sérieuses craintes sur la valeur et la solidité de la cicatrice du segment inférieur. Dans sa thèse, Hanriot cite l'obser-

vation d'une femme opérée à la clinique BAUDELOCQUE pour césarienne basse : le septième jour elle est atteinte d'accidents fébriles; on retrouve dans ses lochies puriformes un fragment de muscle sphacélé, contenant plusieurs nœuds de catgut, et chez laquelle le toucher révèle une masse dure du volume d'une noix dans le Douglas. Cette femme, redevenue enceinte, mena à terme sa gestation, sans aucune douleur particulière, et accoucha spontanément d'un enfant vivant après 12 h. 30 de travail, dont 30 minutes d'efforts expulsifs.

En ce qui concerne la Maternité d'Alger, notre maître, le Professeur LAFFONT, dans sa pratique hospitalière, a rencontré surtout des difficultés pour péritoniser car nos observations mentionnent parfois le manque d'étoffe séreux et une certaine difficulté pour pratiquer la suture en redingote. Cependant, celle-ci, quoique atypique, a toujours été suffisante pour préserver la cavité abdominale des germes microbiens qui auraient pu fuser par la plaie utérine.

Du côté du muscle, notre maître a toujours constaté sur le segment inférieur une excellente cicatrisation et souvent même la disparition complète de la cicatrice. La thèse de CALLÉJA (avril 1932) sur les césariennes itératives montre d'après des coupes histologiques de la cicatrice prélevée au cours d'une seconde intervention, une régénération parfaite du segment inférieur. Ce processus cicatriciel s'explique bien quand on connaît l'origine, la morphologie et la physiologie du segment inférieur, organe essentiellement transitoire qui se forme seulement au moment du travail et disparaît en quelque sorte après l'accouchement.

RUPTURES UTERINES

La rupture utérine est le plus grave accident que l'on puisse craindre après toute césarienne. Là encore, la césarienne basse offre un réel avantage sur la césarienne classique en ce qui concerne la fréquence de la rupture utérine.

Et tout d'abord, avant d'aborder la rupture de l'utérus, il ne faudrait pas négliger de parler de la désunion de la cicatrice. Cet accident, très sérieux — il provoque à coup sûr une péritonite par dissémination dans la grande cavité péritonéale de germes pathogènes partis du foyer utérin plus ou moins suspect — ne se voit jamais dans la césarienne basse où l'on opère sur une partie de l'utérus peu musclée, où la contractilité est peu efficace, région muette où la suture est peu tiraillée, solide par conséquent, et peu exposée à se relâcher. Cet avantage important fait que le catgut, délaissé autrefois pour les sutures sur le corps utérin, qui se contracte très violemment après la délivrance et dans les suites de couches au cours de son involution physiologique, puis remplacé par du fil de soie non résorbable, cause souvent de fistules rebelles, est à nouveau employé pour les sutures sur le segment inférieur pour le plus grand bien des opérées.

Lequeux, en 1921, avait émis des craintes, *a priori*, sur le manque d'élasticité de la cicatrice du segment inférieur et sur les risques de rupture de celle-ci, par suite de l'ampliation considérable que le segment inférieur a à subir lors d'un accouchement ultérieur.

Nous avons vu, au cours de cet exposé, qu'il n'en est rien. Nous allons maintenant montrer que la rupture utérine après césarienne basse est moins fréquente qu'après la césarienne portant sur le corps utérin.

D'après Morisson-Lacombe, la fréquence de la rup-

ture dans la césarienne haute serait variable; elle varierait du simple au double suivant que la femme opérée accoucherait de nouveau avec ou sans surveillance : elle serait de 4 à 8 %.

D'après Bar et Couvelaire, le danger de rupture dans la césarienne haute est évalué à 2 %.

Voici quelques statistiques que l'on retrouve dans différentes publications :

1916	Williams	20 %
1912	Essen-Moller	14 %
1920	Holland	14,3 %
1920	Couvelaire	4 %
1924	Holland	3,6 %
1911	Marioton	2,6 %

Le chiffre moyen de ruptures doit actuellement osciller entre 3 et 4 %.

Il est encore trop tôt pour donner un chiffre exact susceptible d'apporter toute la vérité. Cependant, écoutons Wetterwald qui a fait des recherches : « La rupture que nous avons eu l'occasion d'observer n'est pas la seule il est vrai; nous en avons trouvé 9 cas dans la littérature : Freund, Wolff, Vogt, Martius, Mueller et Weber en ont signalé chacun une et Franz, dans son beau traité d'opérations gynécologiques, en rapporte même 4, mais nous devons soustraire le cas publié auparavant par Wolff et déjà mentionné ci-dessus... Quelle proportion ces 10 cas de rupture représentent-ils dans le nombre des césariennes basses pratiquées en général ? Il est inutile de vouloir répondre d'une manière précise. Cependant, nous avons pu recueillir dans la littérature 3.600 cas de césariennes supra-symphysaires... Le véritable nombre de césariennes basses pratiquées dépasse

« naturellement de beaucoup le chiffre ci-dessus. Par « conséquent, le chiffre de 10 ruptures pour 3.600 opé- « rations, soit un pourcentage de 0,28, est plus fort que « la réalité ».

En 1928, GREENHILL trouve ce chiffre trop élevé et, dans sa statistique publiée en 1929, il cite 11 cas de rupture sur 25.000 césariennes basses relevées dans la littérature, soit un pourcentage de 0,044 %.

GELLÉ a pu relever 22 observations de rupture sur 4.931 césariennes basses et encore, sur celles-ci, faut-il n'en retenir que 18 qui sont des ruptures uniquement sur le segment inférieur, soit un pourcentage de 0,36 %.

Nous croyons que pour avoir un chiffre exact de ruptures il faudrait faire le recensement de toutes les femmes redevenues enceintes après une césarienne basse. C'est le moment idéal pour que se produise une rupture. Toutes les statistiques évaluant l'ensemble des césariennes basses sont vaines et ne peuvent apporter que des chiffres inexacts.

Souvent la cicatrice longitudinale segmentaire empiète sur le corps utérin, soit que l'incision ait été poussée trop loin, soit que l'incision se soit agrandie au moment de l'extraction du fœtus. Or, on a remarqué que la valeur anatomique ou fonctionnelle de cette cicatrice sur le corps utérin était toujours inférieure à celle existant sur le segment inférieur. Que ce soit au point de vue histologique, il existait un tissu conjonctif beaucoup plus dence, une *restitutio ad integrum* moins parfaite, ou bien, que ce soit au point de vue anatomique, la cicatrice était moins belle, moins souple, plus ou moins épaisse. Or, la région limitée entre le corps et le segment inférieur est, comme toutes les régions frontières, une partie moins résistante où s'amorcera le plus souvent la rupture qui s'étendra plutôt vers le corps, laissant intacte la cicatrice ancienne sur le seg-

ment inférieur. Dans beaucoup d'observations de rupture, la cicatrice antérieure était à cheval sur le corps et sur le segment inférieur. Ces observations démontrent bien, au contraire, la résistance toute spéciale de la cicatrice des césariennes basses, puisque l'utérus s'est rompu sur un autre point que le segment inférieur.

Cet inconvénient est facile à éviter en faisant sur le segment inférieur, au lieu de l'incision longitudinale classique, une incision transversale. On est sûr, de cette façon, que l'incision est entièrement et seulement comprise dans le segment inférieur.

TROISIEME PARTIE

Etude Clinique

FERTILISATION

Une femme qui a subi une opération césarienne basse perd-elle de sa valeur procréatrice ? A-t-elle moins de chance d'être fertilisée ?

Morisson-Lacombe s'est posé cette question dans sa thèse; il arrive à cette conclusion qu'un grand nombre de femmes, après la section césarienne haute, ne sont plus fertilisées. Il nous cite les taux suivants de stérilité :

Plauchu	75 %
Palmer-Findley	50 %
Clinique Baudelocque	72,8 %
Clinique Tarnier	55,5 %

soit 63,3 %.

Il y aurait donc 63,3 % de femmes non fertilisées à nouveau après une opération césarienne haute, c'est-à-dire que 37 % de femmes auraient des chances d'être fécondées à nouveau.

Ceci peut s'expliquer par le traumatisme sérieux de la muqueuse utérine, moins apte à assurer la nidation de l'œuf, et aussi et surtout, à la restriction volontaire des femmes voulant éviter le retour d'un danger trop grand.

Pour la césarienne basse, l'incision portant sur le segment inférieur n'atteint pas la muqueuse d'une façon définitive; la nidation de l'œuf se fera comme auparavant et la restriction volontaire des femmes tend de plus en plus à disparaître et disparaîtra tout à fait quand la césarienne basse sera connue du grand public et pour ses avantages et pour l'avenir lointain, comme une opération bénigne et presque sans risques. Andérodias écrit que « à la phobie opératoire de naguère succède un optimisme exagéré ».

Les statistiques que nous allons donner n'ont pas la même valeur que celles précitées car la césarienne segmentaire étant d'application peu récente il est difficile de donner un taux définitif; de nombreuses femmes opérées n'ont pu encore redevenir enceintes.

Pour WETTERWALD, les grossesses consécutives à une césarienne basse sont relativement fréquentes : 45 %.

Quant à JUNG, il arrive au chiffre de 53,2 %. Tous les deux ont fait une enquête précise chez leurs opérées.

Il est vrai que ANDÉRODIAS n'a trouvé que 19 grossesses sur 111 opérées, soit 19 %, mais sa pratique est vraiment trop récente, dit-il, pour en tirer des conclusions utiles.

GESTATION

Quelles sont les complications qui peuvent survenir du fait de la première opération césarienne ?

Avortement.

En ce qui concerne la césarienne haute, MORISSON-LACOMBE a trouvé 8 avortements sur 77 femmes redevenues gravides. MARIOTON n'en signale aucun cas. MORISSON-LACOMBE l'a constaté deux fois dans ses observations et attribue la pathogénie à l'hystéropexie qui suivait jadis une césarienne et surtout à un état endométritique léger.

Pour ce qui est de la césarienne basse, il ne semble pas fondé de dire, comme ses détracteurs l'ont écrit, que la cicatrice du segment inférieur agit comme une épine irritative pour l'interruption de la grossesse ; au contraire, tout concourt à prouver l'inexactitude de cette assertion gratuite, attendu que nombreux sont les cas où toute trace ancienne de cicatrice a complètement disparu.

De plus, le corps utérin indemne pouvant se déve-

lopper à l'aise dans l'abdomen, libre d'adhérences, fait que les femmes vont généralement à terme.

Une statistique très importante de WETTERWALD montre que la grossesse atteint le terme de la gestation dans 89 % des cas.

Cependant, deux statistiques récentes montrent que le taux d'avortement et d'accouchement prématuré est légèrement supérieur. WETTERWALD a observé 7 avortements survenus chez 5 femmes sur 45 grossesses, soit 15,5 % (statistique publiée dans Gynécologie et Obstétrique, tome I, 1926).

JUNG, dans une statistique publiée dans le *Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique* (1930, tome VI, n° 3), trouve un pourcentage sensiblement égal (21 avortements et accouchements prématurés sur 165 opérées, soit 15,4 %.

ACCOUCHEMENT SPONTANE APRES LA CESARIENNE BASSE

Dans un mémoire, WETTERWALD s'étant livré à des recherches sur l'accouchement spontané après la césarienne basse et l'hébostéotomie, conclut en ces termes : « Ces chiffres prouvent qu'une hystérotomisée par la « section basse redevenue enceinte aura plus de chan- « ces qu'une femme ayant subi une pelvitomie de voir « terminer son accouchement spontanément. »

Voici ces chiffres :

Césarienne basse : 34 sur 54 = 62 % ;

Pelvitomie : 40 % en moyenne.

L'ancienne formule : « *Une fois césarienne, toujours césarienne* » a vécu. Cette formule ne répond plus à la vérité et avait été inventée par des accoucheurs timorés.

Les faits sont là, trop peu nombreux pour enlever une

conviction définitive, mais cependant assez pour prendre parti dans le débat actuel.

Les indications de la césarienne basse sont multiples et cette opération voit son champ d'action s'accroître tous les jours davantage. Exécutée d'abord dans les cas de dystocie pelvienne, elle est indiquée aujourd'hui soit que la dystocie vienne de la mère, du fœtus, des annexes, soit que l'accouchement doive être hâté pour des raisons médico-obstétricales (souffrance fœtale, éclampsie, etc..).

Nous distinguerons donc dans les indications de la césarienne basse des causes absolues (rétrécissement pelvien) et des causes relatives (obstacle temporaire à l'accouchement, placenta prævia, procidence, éclampsie). Dans un accouchement ultérieur, si l'obstacle rencontré au premier accouchement fait défaut, l'expulsion pelvienne pourra se faire spontanément; dans les cas d'angustie pelvienne, l'obstacle étant fixe, non susceptible de laisser libre le passage au mobile fœtal, il faudra avoir recours à une nouvelle césarienne. Et encore, quand il n'y a pas d'indication à hâter l'intervention, il convient de tenter l'épreuve du travail et l'on sera étonné, dans les bassins limites, de voir l'accouchement évoluer spontanément.

Brouha cite la statistique de Siégel :

Sur 42 césariennes basses pratiquées en dehors des bassins rétrécis, il y eut 15 grossesses ultérieures et 15 accouchements spontanés.

Sur 71 césariennes basses pratiquées pour dystocie pelvienne, il y eut 39 grossesses. Sur ces 39, 13 femmes ont pu accoucher spontanément et 26 ont dû subir une césarienne itérative.

Wetterwald, à la Maternité de Saint-Gall, a recueilli 40 observations de femmes opérées de césarienne basse qui ont pu accoucher par les voies naturelles, dont 34

sans aucune intervention. Certaines d'entre elles ont pu accoucher plusieurs fois (une 6 fois, une autre 4 fois, deux autres 3 fois).

Brouha, sur 330 césariennes basses, n'a observé que deux fois l'accouchement par les voies naturelles ; il invoque comme raison l'état très rétréci des bassins.

Andérodias et Balard donnent cette statistique :

Andérodias et Balard : 4 accouchements spontanés sur 19 grossesses itératives à terme = 21 % ;

Phaneuf : 14 accouchements spontanés sur 189 grossesses itératives à terme : 7,40 % ;

Reeb : 4 accouchements spontanés sur 4 grossesses itératives à terme = 7,84 % ;

Hauch : 2 accouchements spontanés sur 4 grossesses itératives à terme = 50 % ;

Hamm : 0 accouchement spontané sur 5 grossesses itératives à terme = 0 % ;

Jung : 70 accouchements spontanés sur 135 grossesses itératives à terme = 51,8 %.

Les accouchements par les voies naturelles peuvent être répétés sans danger plusieurs fois chez la même femme ; n'est-ce pas encore une bonne preuve de l'excellente qualité de la cicatrice segmentaire ?

Kelier	2 fois
Reeb	3 fois
Phaneuf	3 fois et 2 fois
Balard	2 fois
Wetterwald	6 fois (1 cas)
—	4 fois (1 cas)
—	3 fois (2 cas)

En ce qui concerne la Maternité d'Alger, nous n'avons

relevé qu'un cas seulement de femme ayant accouché spontanément après une césarienne basse (cf. *Obst.*, 123, s. IV).

En effet, notre maître, M. le Professeur LAFFONT, dans son Service, pratique des césariennes basses pour des bassins très rétrécis et même limites, c'est-à-dire que la plupart de nos indications de césarienne basse sont des indications absolues.

Dans l'observation citée, on remarquera que l'on dut faire de l'expression abdominale et périnéale, c'est-à-dire qu'il fallut ajouter au traumatisme antérieur un traumatisme longtemps répété, et que la cicatrice utérine a tenu d'une façon remarquable. C'est une preuve de plus de la valeur anatomique de la cicatrice sur le segment inférieur.

QUATRIEME PARTIE

Déductions thérapeutiques

CONDUITE A TENIR

Quelle conduite doit-on tenir lors d'une gestation survenant chez une femme ayant subi la section césarienne basse ?

La conduite à tenir est dictée par l'éventualité possible quoique fort rare d'une rupture utérine, mais encore par le souci qu'a l'accoucheur de voir l'accouchement se faire spontanément.

Bien que la cicatrice soit très solide et les ruptures rares, il faudra cependant se tenir toujours prêt à intervenir ; la conduite à tenir se résoudra donc dans ce qu'on est convenu d'appeler : l'*expectative armée.*

Après une césarienne basse, le premier devoir de l'accoucheur est de laisser entrevoir à l'opérée, sous un jour relativement favorable, les accouchements ultérieurs, et de lui faire espérer souvent un accouchement par les voies naturelles. Lui donner confiance, c'est le meilleur moyen d'éviter les restrictions volontaires provoquées par des craintes opératoires.

Par contre, il convient de lui indiquer les dangers d'un accouchement à domicile sans surveillance compétente et de lui imposer l'accouchement dans un milieu obstétrico-chirurgical adéquat, où elle pourra être opérée de nouveau, en cas d'épreuve du travail négative, et surtout en cas de rupture utérine, la guérison dépendant de la précocité de l'intervention.

DE L'EPREUVE DU TRAVAIL

« ... L'épreuve du travail sera tentée quand le bassin « n'est pas trop rigoureusement limite, que l'enfant « n'est pas trop gros, que la présentation est normale, « quand tout semble s'annoncer favorablement. » (Brouha.)

« ... Et, sans être taxé d'imprudence, on pourra « escompter la traversée, sous l'influence des contrac- « tions utérines, d'une filière osseuse peu spacieuse,

« alors qu'après une césarienne haute il serait suprê-
« mement dangereux de caresser cet espoir. » (Paucot.)

Cette épreuve est un avantage énorme en faveur de la césarienne basse, car combien a-t-elle évité d'opérations inutiles, et combien de femmes qui, opérées par la voie haute, auraient pu avoir un accouchement normal, *per vias naturales,* ont dû subir une nouvelle opération?

Combien de temps peut-on pousser cette épreuve ? Celle-ci a été tentée pendant des temps différemment longs :

Keller	18 heures
Reeb	6 h. 45 — 25 h.
Hauch	35 heures
Chatillon	18 heures
Audebert	16 h. 30.
Phaneuf	19 h. — 26 h. 20.
Laffont	48 heures

Nombreux sont les auteurs qui ont même laissé l'expulsion se faire d'une façon absolument spontanée; nous nous rangeons volontiers à l'avis de Andérodias et Balard qui ne voient pas l'avantage qu'il y a à imposer à un utérus antérieurement césarisé la fatigue inutile que nécessiterait la traversée d'un périnée intact ; il faut raccourcir la durée de cette traversée, supprimer la période expulsive, en faisant systématiquement un forceps prophylactique dès que la dilatation est complète et que la tête engagée aborde le périnée.

Dans ces utérus, la version est formellement contre-indiquée.

DU CHOIX D'UN PROCEDE OPERATOIRE

Existe-t-il un procédé opératoire susceptible d'améliorer encore le pronostic éloigné de la césarienne basse?

Phaneuf nous donne des résultats obtenus par lui avec différents procédés. Nous allons donner seulement

ces résultats en ce qui concerne la mortalité maternelle d'après le mode opératoire employé :

Mortalité maternelle d'après 418 cas :

Méthode extrapéritonéale (Latzko) : 1 cas sur 2, soit 50 % ;

Méthode transpéritonéale (Veit-Fromme-Hirst) : 5 cas sur 58, soit 8,6 % ;

Méthode intrapéritonéale Selheim modifiée par Kronig-Beck :

Inc. long... : 9 cas sur 160, soit 5,6 % ;

Inc. transv. : 6 cas sur 198, soit 3 %.

Actuellement, le procédé Kronig-Beck est le plus employé. Il consiste en une incision transversale du péritoine utérin, décollement de ce péritoine en haut et en bas, incision verticale du segment inférieur, extraction du fœtus, délivrance par expression, suture du segment inférieur en deux plans, péritonisation dite en redingote.

L'incision transversale du segment inférieur préconisée par Phaneuf lui a donné de bons résultats et mérite d'être tentée par les accoucheurs français. Cette incision transversale paraît, dans certains cas, être un progrès de la technique et l'initiative de Phaneuf gagnerait à être éudiée en France.

En 1925, Oulié, de Constantine, a préconisé une méthode personnelle trouvant ses indications dans les cas infectés. C'est une exo-utéro-pexie sans cependant qu'il y ait extériorisation à proprement parler du segment inférieur. Plaies segmentaires et abdominales sont reliées, abouchées l'une à l'autre ; l'utérus se draine directement par la plaie abdominale.

Il est inutile d'insister sur les avantages de cette méthode dans les cas vraiment infectés où nombreux sont encore les auteurs qui hésitent à entreprendre la section

basse. Ce procédé opératoire changera sûrement leur opinion.

Dans sa pratique courante, notre maître, le Professeur Laffont, à diverses reprises, a drainé la plaie utéro-pariétale par mêchage et Mickulicz local. En effet, les cas suspects sont très fréquents à la Maternité d'Alger, soit que les femmes surtout indigènes aient eu à subir des touchers répétés plus ou moins souillés, soit que le travail durât depuis très longtemps avec les membranes souvent rompues, voire même avec de la fièvre. Ces extériorisations partielles par des tentes de Mickulicz jetées entre la vessie et la plaie pariétale ont donné jusque là de bons résultats. L'avenir nous dira ce que valent ces drainages et ces extériorisations partielles, du point de vue des suites immédiates ou éloignées (adhérences, retentissement vésical, itératives, etc...).

Pièces justificatives

12 Observations de Césarienne Basse Itérative

(Maternité d'Alger)

OBSERVATION 2.964 (Série III)

Césarienne supra-symphysaire itérative pour bassin transversalement rétréci après épreuve du travail longue (23 *heures*)

La première césarienne (1926) s'est terminée par une phlébite de la jambe gauche.

Deuxième césarienne itérative ; anesthésie à l'éther. Ablation du tissu cicatriciel de l'incision précédente. On ouvre la cavité péritonéale en commençant par le haut, et à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On trouve des adhérences unissant l'utérus à la vessie et à la paroi. L'épiploon envoie des prolongements à ce bloc. On détache à la compresse la paroi de l'utérus et celui-ci de la vessie. On sectionne au ciseau les bords épiploïques et on poursuit l'intervention suivant la technique du Service.

Suites normales. Sortie le seizième jour.

OBSERVATION 2.568 (Série III)

Bassin vicié par luxation bilatérale coxo-fémorale traumatique.

En 1927, césarienne supra-symphysaire pour procidence du cordon après épreuve du travail. Suites normales.

En 1928, C.S.S. itérative après épreuve du travail, tête fœtale restant toujours élevée. Anesthésie rachidienne. On note une zone d'adhérences solides entre la vessie et le segment inférieur. Il est très difficile de faire le clivage entre ces deux organes. On y parvient cependant. Incision du segment inférieur très épais dans sa partie inférieure. Extraction facile d'un enfant pesant 3 kgs 900. Délivrance artificielle. Hémostase difficile. Péritonisation en redingote atypique. Stérilisation par ligature des trompes. Fermeture en trois plans sans drainage. Suites très normales.

OBSERVATION 2.993 (Série III)

Césarienne supra-symphysaire itérative pour bassin généralement rétréci après épreuve du travail (18 *heures*)

Aucune adhérence. Cicatrice normale.

OBSERVATION 3.324 (Série III)

Césarienne supra-symphysaire itérative pour bassin généralement rétréci. — P.P.M. 8,3.

Premier accouchement prématuré provoqué à 8 mois. Enfant décédé à 2 mois, de coqueluche.

Deuxième accouchement. C.S.S. Enfant vivant décédé à vingt-cinq jours, de gastro-entérite.

Troisième accouchement. C.S.S. itérative sous anesthésie rachidienne. Excision de la première cicatrice. Décollement facile du péritoine après incision transversale. Aucune trace de cicatrice sur le segment inférieur que l'on sectionne longitudinalement. Extraction manuelle d'un enfant du sexe masculin pesant 4 kgs 050, en présentation de la face. Délivrance artificielle. Suture de l'utérus. Péritonisation en redingote. Stérilisation par ligature des trompes. Suture de la paroi en deux plans.

Suites normales. Sort le vingt-troisième jour.

OBSERVATION 123 (Série IV)

Accouchement normal chez une femme secondipare dont le premier accouchement s'est terminé par une césarienne supra-symphysaire en 1928 pour bassin légèrement rétréci.

On ne fait pas de forceps prophylactique mais simplement de l'expression abdominale et périnéale.

Enfant vivant pesant 3 kgs 350.

OBSERVATION 867 (Série IV)

Césarienne supra-symphysaire pour bassin du type transversalement rétréci.

Première grossesse en 1928 terminée par une césarienne basse après épreuve du travail. Suites normales.

Deuxième grossesse en 1930, terminée par une C.S.S. itérative. Anesthésie rachidienne. Résection de la cicatrice antérieure. La vessie apparaît très nettement remontée sur le segment inférieur. Aucune trace de la cicatrice de la césarienne antérieure. Section transversale du péritoine vésico-utérin et décollement très poussé vers le bas. Section longitudinale du segment inférieur. Extraction d'un enfant du poids de 3 kgs 900. Délivrance artificielle. Suture de l'utérus suivant la méthode du Service. Réfection soignée de la paroi.

Suites normales. Sort le vingtième jour.

OBSERVATION 1.109 (Série IV)

Césarienne supra-symphysaire itérative pour bassin aplati. P.P.M. 8,5.

En 1926, première grossesse terminée après épreuve du travail par une césarienne basse. Enfant vivant de 3 kgs 500.

Suites normales.

En 1928, deuxième grossesse terminée après épreuve du travail (5 heures), tête haute, non engagée, par une césarienne itérative basse. On note l'absence de cicatrice sur le segment inférieur.

Suites normales.

En 1930, troisième césarienne basse itérative; épreuve du travail (3 heures). Anesthésie rachidienne. Résection de la cicatrice

antérieure. Aucune adhérence utéro-pariétale. Le péritoine viscéral est incisé transversalement. Son décollement est difficile à cause de son adhérence à la paroi utérine. La vessie est remontée. Le segment inférieur, mis à nu, ne montre aucune trace de la cicatrice antérieure. Incision longitudinale du segment inférieur et extraction d'un enfant de 4 kgs. Après la fermeture utérine, on ne peut pas péritoniser. Stérilisation par procédé de Madlener.

Suites normales.

OBSERVATION 1.596 (Série IV)

Bassin rétréci du type légèrement aplati. — P.P.M. 9,2.

Antécédents : 4 grossesses dont les deux premières terminées par basiotrypsie; la troisième grossesse est terminée par une césarienne corporéale faite à Lyon par le Professeur FABRE, en 1918.

Cette femme entre à la Clinique Obstétricale d'Alger le 14 décembre 1923, à terme. On fait une césarienne corporéale. Le 7 janvier 1931, elle entre à nouveau à la Clinique Obstétricale d'Alger à terme. Enfant vivant. Membranes non rompues. On décide une C.S.S. Anesthésie rachidienne. Laparotomie sus et sous-ombilicale. Résection du tissu cicatriciel des cicatrices opératoires. On constate de très nombreuses adhérences solides utéro-pariétales. Décollement difficile et très hémorragique. Section transversale du péritoine. Dissection de celui-ci. Le corps utérin porte la trace visible des deux anciennes cicatrices. On résèque la cicatrice corporéale et on incise partiellement le segment inférieur. Extraction, après ponction des membranes, d'un enfant pesant 3 kgs 500. Délivrance artificielle. Suture du muscle utérin à la soie sur le corps et au catgut sur le segment inférieur. On ne peut pas péritoniser. On pratique l'enfouissement pour le mieux. Stérilisation par procédé de Madlener. Réfection pariétale en trois plans.

Suites très normales.

OBSERVATION 2.823 (Série IV)

Césarienne supra-symphysaire itérative pour bassin généralement rétréci. — P.P.M. 8,5.

Césarienne supra-symphysaire exécutée au début du travail. Laparotomie sous-ombilicale sous anesthésie générale. On incise à droite et à gauche de l'ancienne cicatrice abdominale; tissu cicatriciel et de moyenne importance. La vessie est haute et gêne l'incision dans sa partie inférieure. Des adhérences pariéto-utérines assez larges sont libérées. L'épiploon contracte de petites adhérences avec la paroi. Le péritoine vésico-utérin se décolle facilement sur le segment inférieur mais, sur le corps, le décollement est plus laborieux. Il reste une surface cruantée. L'incision du segment inférieur est poursuivie sur le corps. On rompt la poche des eaux. Extraction au Pajot d'un enfant pesant 4 kgs 300. Délivrance légèrement hémorragique. Redingote assez atypique mais suffisante. Ligature des trompes par procédé de Madlener.

Suites très normales. Sortie le vingtième jour.

OBSERVATION 2.836 (Série IV)

Césarienne supra-symphysaire itérative pour bassin aplati. — P.P.M. 8,5.

Antécédents obstétricaux nombreux, 6 fausses-couches, 4 grossesses, dont une gemellaire. La neuvième grossesse s'est terminée par une C.S.S. La dixième grossesse s'est terminée par une C.S.S. itérative.

En aucun point on ne constate de trace de la césarienne antérieure sauf en bas et à gauche, où on trouve des adhérences. Décollement du péritoine vésico-utérin difficile qui produit une légère hémorragie qui cède par simple tamponnement.

Suites très normales.

OBSERVATION 3.290 (Série IV)

Césarienne supra-symphysaire itérative. — Bassin asymétrique déformé par coxalgie unilatérale droite.

Première grossesse à 16 ans, en 1930, terminée par une C.S.S.

après épreuve du travail ayant duré 15 heures et, 12 heures après rupture de la poche des eaux.

Suites normales.

Deuxième grossesse à 18 ans. C.S.S. itérative. Sous-anesthésie générale au chloroforme. Résection de l'ancienne cicatrice. On note de nombreuses adhérences qui maintiennent la face antérieure du segment inférieur à la paroi abdominale. Frange épiploïque adhérente réséquée entre deux ligatures. Péritoine très épaissi. La vessie disparaissant derrière un voile membraneux est très remontée. Incision transversale du péritoine vésico-utérin; il est possible d'avoir un plan de clivage permettant de mettre en évidence la paroi du segment inférieur. Celui-ci ne porte aucune trace de cicatrice. Cervicotomie qui conduit sur l'œuf. Eruption du liquide amniotique dans le champ opératoire. On prolonge l'incision sur le corps. Extraction au Pajot d'un enfant du poids de 4 kgs 500. Délivrance artificielle facile. Hémorragie assez abondante qui cède à l'ergotine et à l'hypophyse. Suture utérine par points séparés au catgut. La réfection péritonéale en redingote est rendue difficile par les nombreuses adhérences existantes. Il est possible de fixer la lèvre supérieure de l'incision péritonéale à la vessie et la lèvre inférieure est remontée par dessus. Stérilisation par procédé de Madlener.

Suites très normales.

OBSERVATION

Césarienne supra-symphysaire chez une scoliotique. — Scoliose dorso-lombaire avec courbure de compensation. — Losange obstétrical très irrégulier. — P.P.M. 8,5.

Première intervention il y a deux ans. Suites normales.

Revient dans le Service pour y accoucher il y a un mois et demi. A très bien supporté cette deuxième grossesse. Pas la moindre douleur, pas de tiraillements au cours de la gestation.

Laparotomie médiane sous-ombilicale sous anesthésie à l'éther. Début du travail. Membranes intactes. Excision de la cicatrice. On ne trouve pas d'adhérences ni de la vessie, ni de l'intestin,

ni de l'utérus. Le segment inférieur ne présente aucune cicatrice. Extraction du fœtus en présentation du siège décomplété mode des fesses. Délivrance artificielle. Suture de l'utérus en deux plans. Péritonisation en redingote. Fermeture pariétale en trois plans. Phlébite légère des deux membres inférieurs dans le puerpérium. Est toujours hospitalisée.

CONCLUSIONS

1° La césarienne basse marque un progrès important sur la césarienne haute ; à l'heure actuelle, elle a conquis, pouvons-nous dire, les suffrages de tous les accoucheurs.

2° Elle a permis d'étendre considérablement les indications de la chirurgie obstétricale. A ce titre elle tend à devenir la césarienne courante, c'est-à-dire classique, supplantant sa rivale la césarienne haute dont les indications propres reculent de plus en plus devant celles de la césarienne basse.

3° L'un des principaux griefs que l'on faisait à la césarienne basse : l'hémorragie souvent abondante et masquant le champ opératoire, est combattu maintenant par l'aspiration électrique, la suture rapide de l'utérus, la rachi-anesthésie et les injections de post-hypophyse qui rendent cette opération très peu sanglante.

Par là même, le shock opératoire est réduit au minimum, les suites post-opératoires sont meilleures et la convalescence est écourtée.

D'autre part, le drainage de la plaie opératoire par mêchage simplifie encore les suites de couches en évitant l'infection dans les cas impurs.

4° La cicatrice est de meilleure qualité, souvent elle disparaît, faisait place généralement à une régénération des fibres musculaires du segment inférieur qui n'est en

somme qu'un organe transitoire réapparaissant en quelque sorte à l'occasion des grossesses.

5° Les risques de rupture utérine sont inexistants, ils sont d'environ 0,28 % au lieu de 4 à 8 % dans la césarienne haute.

6° Dans la césarienne basse, les opérations itératives sont simplifiées car les adhérences pariétales ou intestinales sont rares. Par ailleurs, les techniques tendent chaque jour à en simplifier l'exécution.

7° La césarienne basse permet en outre de tenter une épreuve du travail longue et décisive et d'obtenir souvent un accouchement spontané là où autrefois on aurait été tenté d'intervenir avant tout début de travail.

En somme, la césarienne basse peut être utilisée indifféremment dans les cas purs et impurs.

Vu :
Le Président de Thèse,
LAFFONT.

Vu :
Le Doyen,
LEBLANC.

Vu et Permis d'imprimer :
Alger, le 16 Avril 1932.
P. *Le Recteur de l'Académie* et p. o.,
Le Vice-Président
du Conseil de l'Université,
LEBLANC.

BIBLIOGRAPHIE

ANDÉRODIAS. — L'opération césarienne basse. Ses indications, ses résultats, d'après 32 observations personnelles. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, avril 1928.)

ANDÉRODIAS et BALARD. — L'avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, septembre 1931.)

BALARD. — Notre expérience personnelle sur la césarienne basse, d'après 25 opérations personnelles. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, avril 1928.)

BALARD. — Notre expérience personnelle sur la césarienne basse, d'après 44 nouvelles observations. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, décembre 1930.)

BALARD et MAHON. — L'action de la rachi-anesthésie sur la contraction utérine. (*Gyn. et Obst. de Paris*, mars 1930.)

BALARD et PLANES. — De la conduite à tenir chez les césarisées au cours des grossesses et des accouchements consécutifs. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, novembre 1929.)

BAR et BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements, t. IV. (Les opérations, par BRINDEAU et LANTUEJOUL.)

BRINDEAU. — Le pronostic de la césarienne basse. Suites éloignées. (*Bruxelles Médical*, 10 août 1930.)

BROUHA. — Le pronostic de la césarienne basse. Suites immédiates. (*Bruxelles Médical*, 10 août 1930.)

BURGER. — Les hémorragies de la section césarienne basse. (*Rev. Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1929.)

CHATILLON. — Quatre cas d'opération césarienne basse. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1930.)

CHATILLON. — A propos de la résistance des cicatrices sur le segment inférieur. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, octobre 1924.)

COUVELAIRE. — Introduction à la chirurgie utérine. (Paris, 1913.)

FLEURENT. — A propos de la section césarienne basse. (*Bulletin d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1925, n° 8.)

GAYFAMI. — A propos de 54 cas d'opérations césariennes transpéritonéales sur le segment inférieur. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, janvier 1923.)

GELLÉ. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. (Thèse de Lille, 1930.)

GUÉNIOT. — La césarienne transpéritonéale basse supra-symphysaire. (*Bulletin Médical*, n° 21, 1930.)

GROSSE. — L'opération césarienne conservatrice tardive ; ses indications actuelles. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, septembre 1922.)

GROSSE. — Les résultats de la césarienne basse (2e statistique personnelle). *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, décembre 1929.)

HENRIOT. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse (statistique de la clinique Baudelocque). Thèse de Paris, 1927.

KOUWER (d'Utrecht). — L'avenir des femmes après l'opération césarienne classique. (*Gynécologie et Obstétrique*, mars 1930.)

KREIS. — Deux observations de placenta prævia reflexa pendant l'accouchement. Diagnostic clinique. Traitement par césarienne basse. Etude de la formation du segment inférieur. (*Gynécologie et Obstétrique*, août 1928.)

MAHON. — L'action de la rachi-anesthésie sur la contraction utérine. (*Gynécologie et Obstétrique*, mars 1930.)

MASSAZA. — Sulla resistenza della cicatrice cesarea in rapporto con la sua sede. (*La Clinica Ostetrica*, Roma, juin 1928.)

MORISSON-LACOMBE. — Avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne portant sur le corps de l'utérus. (Thèse de Paris, 1920.)

OULIÉ. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1925.

PHANEUF. — L'accouchement par les voies naturelles à la suite de l'opération césarienne transpéritonéale basse. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1927.)

PHANEUF. — The transperitoneal cervical cesarean section. (*The Bulletin of the Lying — In Hospital of the city of New-York*, may 1924.)

PHANEUF. — The transverse cervical incision in the low cesarean section. (*The Boston Medical and Surgical Journal*, novembre 1927.)

PHANEUF. — The obstetric future of women delivered by the low or cervical cesarean section. (*The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, april 1927.)

PHANEUF. — The cervical cesarean section. A report of the End. Results of 418 consecutive operations. (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, april 1931.)

PLANES. — La valeur anatomique et fonctionnelle de l'utérus césarisé. (Thèse de Bordeaux, 1920.)

PONOMAREFF. — Opérations césariennes en Russie. (*Gynécologie et Obstétrique de Paris*, août 1928.)

RASCOL. — La cicatrice utérine après la section césarienne ; étude anatomique et physio-pathologique. (Thèse de Toulouse, 1923.)

Reeb. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, avril 1923.)

Sinicha-Tassovatz. — La rachi-anesthésie dans la césarienne basse. (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1929.)

Van Cauwenberghe. — Devons-nous étendre ou restreindre les indications de l'opération césarienne ? (*Annales et Bulletins de la Société Royale de Médecine de Gand*, octobre 1928.)

Wetterwald. — A propos de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne transpéritonéale basse. (*Gynécologie et Obstétrique de Paris*, février 1926.)

TABLE DE MATIERES

INTRODUCTION :

PREMIÈRE PARTIE

Avenir immédiat des Césarisés par voix basse. 17
Les Hémorragies dans la Césarienne basse.... 19
Le Shock 25
Péritonite 26
De l'infection après la Césarienne basse..... 29
Mortalité dans la Césarienne basse..... 32

DEUXIÈME PARTIE

Avenir éloigné des Césarisées par voie basse.. 37
La paroi abdominale 39
Des adhérences 40
Fistules abdominales 41
Fistules vesico parietales 42
La Cicatrice sur le segment inférieur..... 43
Ruptures utérine 47

TROISIÈME PARTIE

Etude clinique 51
Fertilisation 53
Gestation 54
Accouchement spontané après la césarienne basse 55

QUATRIÈME PARTIE

Déductions thérapeutiques 59
Conduite à tenir 60
De l'épreuve du travail 60
Du choix d'un procédé opératoire 61
Pièces justificatives 65
Conclusions 73
Bibliographie 75